



2-Nº

tranquillidade para você dormir

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/10/12/01		4-Data de Autorização 13/01/10/12/01		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50202888		7-Data Validade da Sineta 12/01/11/12/11		408927 INTERCÂMBIO									
8-Número da Carteira 100137000000008562426111												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12/01/11/12/11			
13-Nome LESLIA MACHADO GIAMPAOLI												14-Telefone (111) 11111111		15-Nome do titular do plano LESLIA MACHADO GIAMPAOLI							
16-Adendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		18-Número no CRO 8683		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1756115126787111		22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		23-Número no CRO 8683		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ		27-Número no CRO 8683									
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		30-Tabela 31-Código do Procedimento 100185400556		32-Descrição RESTAURAÇÃO METÁLICA		33-Dente/Região 14		34-Frete 35-Qtd 1		36-Quantidade US 47200		37-Valor 000									
38-Franquia/Co-participação R\$ 000												39-Aut S		40-Data de Realização 05/11/2011		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura X					
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/5/11/11/20												44-Tipo de Atendimento 11		45-Tipo de Faturamento 11		46-Total Quantidade US 47200		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000	
49-Observação												50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/5/11/11/2011 Angela Maria Couto									
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/5/11/11/2011 Angela Maria Couto												52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 10/5/11/11/2011 Angela Maria Couto									
53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/5/11/11/2011 Angela Maria Couto												54-Data, local e Assinatura da Empresa 10/5/11/11/2011 Angela Maria Couto									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, conforme adina apresentadas, e por mim assinado(s), tal/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

49-005949290

Dra. Angella Maria...	Dra. Angella Maria...
Cirurgia 218683	Cirurgia - Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/05/11 11/11/2011 Amadeu Chaves	10/05/11 11/11/2011 Amadeu Chaves	10/05/11 11/11/2011 Amadeu Chaves	10/05/11 11/11/2011 Amadeu Chaves

Rechts Vengas Tjodc.